



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
발달장애 아동을 위한 임의보호조치합의서

VOLUNTARY PLACEMENT AGREEMENT (VPA) FOR CHILD OR YOUTH WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

본 문서는 아래 내용에 관한 _____, 발달장애아동담당부(DDD)와 아동의 부모/보호자와의 합의서입니다.

아동의 성명 (이름, 중간이름, 성)	생년월일	소셜시큐리티번호
----------------------	------	----------

본 합의서에 서명함으로써 보건사회부(DSHS)와 해당 아동의 부모/보호자는 다음 사항에 동의합니다.

a. 해당 아동에게는 RCW 71A.10.020 에 규정된 발달장애가 있습니다. (“발달장애”는 정신장애, 뇌성소아마비, 간질, 자폐증에 기인하거나, 보건사회부 장관의 판정상, 정신장애자에게 요구되는 치료와 유사한 치료를 필요로 하거나 정신장애와 밀접한 관련이 있는 신경학상의 또는 기타 상태에 기인하는 장애를 뜻합니다. 이러한 장애는 18세 이전에 발병되어 현재까지 지속되었거나 무기한 지속될 것으로 예상될 수 있으며 해당 개인의 중증 장애에 해당됩니다.)

b. 아동이 필요로 하는 적절한 보호조치를 가정 내에서 취할 수 없습니다.

c. **전적으로 해당 아동의 장애로 인해** 필요한 보호조치를 취할 수 없으므로 가정 이외의 장소에서 보호조치 받을 것을 진술한 부모/보호자 또는 법적감호자 또는 18세 이상의 의뢰인이 서명한 VPA를 보건사회부가 인정하지 않을 경우, 제 RCW13.34 장에 따라 민사소송 제기권리 있음을 서면으로 통지 받았습니니다.

해당 아동의 혈통이 인디언일 가능성이 있습니까? 예 아니오 해당되는 경우, 인디언아동복지안내서(Indian Child Welfare Manual)의 지시사항을 따르십시오. 해당 아동이 1) 연방정부가 인정하는 인디언부족의 일원이거나; 2) 연방정부가 인정하는 인디언부족의 일원이 될 자격을 갖추고 있으며, 해당 아동의 친부모가 인디언부족으로 판단되는 사유가 있는 경우, 이 서식을 사용하지 마십시오. 이러한 아동의 경우에는 출생 후 10일 이내에 부족 또는 소년 상급법원판사 임회 하에 부모가 동의서에 서명한 후 판사가 이에 승인한 경우를 제외하고는 위탁양육보호조치에 대한 임의 동의서가 유효하지 않습니다. 이러한 인디언 아동의 경우에는 DSHS 09-763, 위탁양육보호조치 및 법정 인중에 대한 동의서(인디언 아동)(Consent to Foster Care Placement and Court Certification)를 이용합니다.

부모/보호자는 다음에 동의합니다:

본인은 상기 아동(또는 18세 이상일 경우에 신청인이 DSHS/DDD의 감독 하에 보호를 받는 것에 임의로 동의합니다. 본인은 DDD에 본 합의서의 학기 의무사항을 이행할 권리를 위임합니다. 본인은 해당 아동에 부여되는 제반 보호 비용을 부담하기 위한 기금의 수령 및 사용과 관련하여 **해당 아동에 대한 보조금을 관리할 공인 디미 영수인에게 권한을 위임합니다.** 본인은 본인의 서면상 요청이 있을 경우에 본 합의서가 해지되는 것에 동의합니다. 또한, 본인의 가정 외 보호조치를 허가하는 법원 명령이 이전에 내려진 경우 또는 해당 아동에게 법률상 보호감호 조치가 선고된 경우를 제외하고, DSHS/DDD가 요청서를 접수한 후 72시간 내에 해당 아동을 본인에게 돌려 보내는 것에 동의합니다. **해당 아동에 대한 보호권리가 본인에게 있으므로 해당 아동에 대한 보호조치가 무산되어 다른 적절한 보호조치를 취할 수 없을 경우, 본인은 적절한 보호조치 방안이 마련될 때까지 해당 아동을 반드시 본인의가정으로 귀가조치 하는 것에도 동의합니다.** 본인은 해당 아동에 대한 보호권을 가지고 있습니다. 본인은 위급하지 않은 수술, 부정기적 치료의 허가를 비롯하여 결혼, 및 군입대에 동의할 권리와 기타 해당 아동에 대해 중요한 법적 결정을 내릴 권한을 가지고 있습니다. 본인은 다음 의무 사항에 대해 동의합니다.

1. DSHS 에 본인의 현주소 고지;
2. 해당 아동에 대한 결정시 DSHS와 함께 참여;
3. DSHS 직원 및 해당 아동의 보호담당자와 협력;
4. 해당 아동과의 개인적 면회 및 '분담 양육계획'에 보호전문가와 함께 참여;
5. 해당 아동에 대한 적절한 보호조치를 기하기 위해 필요한 의료, 사회 및 교육정보 제공;
6. 가정 외 보호조치를 받고 있는 아동에 대한 재정지원 목적의 SSI 기금 및 사회보장장 확보하기 위한 DSHS/DDD와의 협력;
7. 아직 신청하지 않은 경우, 발달장애아동담당부서의 보호조치 신청.

보호조치 발생 시 DSHS는 다음 사항에 동의합니다:

1. 주정부가 허가하는 가정 또는 시설에서 해당 아동/신청인을 보호조치;
2. 해당 아동/신청인을 위한 개별 보호조치 내용을 부모와 함께 마련하고, 현실성있는 적절한 보호조치 제공;
3. 부모로서의 권리와 책임을 보호하는 한편 해당아동의 귀가조치에 협력;
4. 해당 아동/신청인의 신체적 보호 및 관리;
5. 해당 아동/신청인에게 의식주 및 기타 필수품, 지급;
6. 해당 아동의 안전 목적상, 해당 아동을 위한 정기적 치료, 치과, 정신 및 심리치료와 비상시 보호조치 권리 위임;
7. 필요한 경우, 해당 아동의 특수한 문화적 욕구를 충족하는 공인 가정 또는 시설에서 해당 아동 보호조치
8. 해당 아동의 보호조치 및 건강상태에 대해 부모에게 지속적으로 통지.

본 합의서의 제한규정 :

1. DSHS는 부모에게 통지서를 발부하거나 소송을 제기함으로써 언제든지 본 합의서를 해지할 수 있습니다.
2. 해당 아동이 보호시설에서 이탈하여 _____시간이상 부재할 경우, 본 합의서는 자동 해지됩니다.
3. 본 합의서는 _____(개시일)일부로 또는 DDD 사회복지 직원이 결정하는 해당 보호조치가 가능할 때 발효합니다.
4. 해당 아동은 180일 이상 보호조치 상태에 있을 수 없습니다. 단, 그 전에 소년 법원이 보호조치가 해당 아동에게 계속 필요한가를 판정하기 본 합의서를 제정한 후에 정기적으로 본 합의서를 제정하는 경우에 예외로 합니다. 부모의 경우, 심리일에 대해서 통지를 받습니다. 소년 법원이 해당 아동에게 지속적인 보호조치가 필요치 않다고 판정하는 경우, 해당 보호조치를 규정한 본 합의서는 해지됩니다.
5. **본 합의서는 당사자들이 서명한 이전의 모든 VPA를 대체합니다.**

부모/보호자 서명:	날짜
부모/보호자 서명:	날짜
18세 이상의 신청인 서명:	날짜
DSHS 담당자/임회인 서명:	날짜

본인 _____, (부모의 성함, 활자체 표기)는(은) 위증할 경우에 처벌 받을 것을 조건으로, 해당 아동에 대한 법적 보호권리가 본인에게 있고, 양육계획서에 명시된 대로 해당 아동이 대부분의 시간 동안 본인과 함께 주거하며, 양육 계획서에 따라 본 합의서에 대한 동의권한이 본인에게 있음을 이에 증명합니다.

_____ 부모/보호자의 서명 _____ 날짜 _____ 장소